



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 6 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 6 МЕСЯЦЕВ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		КЕМ ДОСТАВЛЕН:		ДАТА РОЖДЕНИЯ		
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА				
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:		
	ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ест немного твердой пищи. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок произносит такие сочетания звуков, как «да-да» или «ба-ба». <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может сидеть с помощью/при наличии опоры. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> У меня не бывает частых периодов грусти.			ДА НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может подбирать предметы. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок кажется довольным. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок меня узнает.			
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE			
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Diet _____ Elimination _____ Sleep _____ <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead exposure <input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish <input type="checkbox"/> Hct/Hgb Health Education: (Check all discussed/handouts given) <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Infant Temperament <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome <input type="checkbox"/> No Bottle in Bed <input type="checkbox"/> Feeding <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Teething/Dental <input type="checkbox"/> Bedtime ritual <input type="checkbox"/> Language Stimulation <input type="checkbox"/> Stranger Anxiety <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> Other: _____					
Screening: Hearing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive Language/Communication Gross Motor Social/Emotional Fine Motor					
Behavior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Physical: N A General appearance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Head/Fontanelle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eyes (Cover/Uncover) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ears <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oropharynx <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nodes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Chest <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitalia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurologic <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Assessment/Plan: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____					
Describe abnormal findings and comments: _____ _____ _____ _____		IMMUNIZATIONS GIVEN REFERRALS					
NEXT VISIT: 9 MONTHS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME					
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS					

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (6 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family. Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999-00.(21)5.

Hearing Screen

Use clinical judgment.

Lead Screen

Screen infants for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes	No	Yes	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>No head lag when pulled to sit.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Turns toward voice.</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Bears some weight on legs when held.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfer object from hand to hand.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Rolls over.</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuddles.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Imitates speech sounds.			Avoids eye contact.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items, or even one of the underlined items, or the boxed item, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 6 МЕСЯЦЕВ
WELL CHILD EXAM - INFANCY: 6 MONTHS**

(Соответствует нормам EPSDT)

AATA

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 6 МЕСЯЦЕВ

Здоровье вашего малыша в возрасте 6 месяцев

Важнейшие моменты

Как развивается ваш малыш в возрасте от 6 до 9 месяцев

Произносит звуки, такие как «ба-ба-ба» или «да-да».

Держит маленькие предметы в кулаке, затем между пальцами.

Берет предметы в рот, сам может есть небольшие кусочки мягкой пищи.

Хорошо сидит.

Стоит, если его поддерживают.

Передвигается по полу, лежа на животике, начинает ползать.

Может начать смущаться при виде незнакомых людей.

Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.

Помощь или подробная информация

Безопасность игрушек и товаров для детей: Комиссия по безопасности потребительских товаров (Consumer Product Safety Commission) – 1-800-638-2772 или 1-800-638-8270 (TTY).

Изучите приемы сердечно-легочной реанимации и приемы оказания первой помощи детям и младенцам: спросите о занятиях на местной пожарной станции, в местном отделении Американского общества Красного Креста (American Red Cross) или Американской ассоциации по сердечным заболеваниям (American Heart Association) либо в департаменте здравоохранения.

Здоровье и развитие детей, прививки:

Информационно-справочная линия программы «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) – 1-800-322-2588 или 1-800-833-6388 (TTY).

Воспитание детей и поддержка: Семейная справочная служба – 1-800-932-HOPE (4673), организация Family Resources Northwest – 1-888-746-9568, занятия в местных общественных колледжах.

Советы по сохранению здоровья

Вашему ребенку нужно сделать все прививки с использованием нескольких доз большей части вакцин. Если ваш ребенок пропустил какие-либо дозы прививок, запишитесь на прием, чтобы они были сделаны.

Показывайте ребенку книжки с красочными картинками и рассказывайте о картинках. Снова и снова пойте простые песенки и рассказывайте детские стишки.

Признаки, указывающие на то, что ваш ребенок готов начать есть твердую пищу:

- Он сидит (почти) без посторонней помощи.
- Он дает понять, что хочет попробовать пищу, которую едите вы;
- Он может начать проталкивать пищу языком.

Ребенок даст вам знать о том, что он сыт. Остановите кормление, если он начинает выплевывать пищу, закрывает рот или отворачивает голову. Позвольте ему самостоятельно решать, сколько есть.

Дайте ребенку возможность начать учиться пить из чашки. Наливайте в чашку воду, грудное молоко или детскую молочную смесь. Не давайте ребенку бутылочку, когда он в кроватке.

Советы по воспитанию детей

Давайте ребенку достаточно времени, чтобы он мог играть, лежа на полу на животике. Кладите игрушки чуть подальше, чтобы он пытался ползти.

Начните играть с ним в простые игры, такие как прятки или ладушки.

Советы, касающиеся безопасности

Сделайте так, чтобы ваш дом был безопасным местом для ребенка, прежде чем он начнет ползать. Вам нужно будет следить за этим еще в течение нескольких лет.

- Убирайте подальше маленькие предметы и бьющиеся вещи.
- Приклейте электрические шнуры к стенам липкой лентой, установите крышки на розетки.
- В верхней и нижней части лестниц установите специальные ворота, которые обеспечат безопасность ребенка.
- Храните ядовитые вещества и таблетки в запертом шкафчике.

Детские ходунки могут стать причиной большего числа травм, нежели любое другое изделие для детей. Вместо ходунков используйте сиденье без колес или кладите ребенка на пол на животик.